

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art. 14 – D.M. 31/10/2002)

All'ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME			DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA		PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)		
DOMICILIO – VIA e N. CIVICO		CAP	LOCALITA'		PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA/ISCRIZIONE/MATRICOLA					

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio conto corrente bancario.

COORDINATE IBAN

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>					

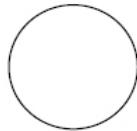
Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.



Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____ / ____ / ____